

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES DÉCHIRURES OBSTÉTRICALES
DU PÉRINÉE

Périnéorraphie primitive
et périnéorraphie immédiate secondaire.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 décembre 1928

PAR

Albert-Eugène-Marie-Joseph CHAPERT

EXTERNE DES HÔPITAUX

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à BIARRITZ (Basses-Pyrénées), le 7 août 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur ...	{	Président.
		GUYOT, professeur		Juges.
		PERY, agrégé		
		FAUGÈRE, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES DÉCHIRURES OBSTÉTRICALES
DU PÉRINÉE

Périnéorraphie primitive
et périnéorraphie immédiate secondaire.



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 décembre 1928

PAR



Albert-Eugène-Marie-Joseph CHAPERT

EXTERNE DES HÔPITAUX
ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à BIARRITZ (Basses-Pyrénées), le 7 août 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur ...	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		FAUGÈRE, agrégé	

..

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEÏLLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.....	FOURMENT.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. — MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE — A MON PÈRE

Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de ma reconnaissance et
de ma profonde affection.

A MES SOEURS — A MES FRÈRES

A MES ONCLES — A MA TANTE

A MES COUSINS — A MES COUSINES

A TOUS LES MIENS

A MES EXCELLENTS CAMARADES
LES DOCTEURS CAPDEVIELLE, CASTETS ET HENRI-FISCHER

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

A MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES
DE BORDEAUX ET DE TALENCE

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
DE LYON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

*Professeur de Clinique médicale des maladies des enfants à la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Avec tous mes remerciements pour
le sens clinique qu'il m'a donné et le
goût qu'il m'a inspiré pour la médecine
infantile.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Avec ma plus profonde reconnaissance pour l'enseignement chirurgical
si clair qu'il n'a cessé de me prodiguer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DENIS

Médecin des hôpitaux.

En respectueuse gratitude pour l'accueil
si cordial qu'il m'a réservé dans
son service et dont je garderai le
meilleur des souvenirs.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERY

*Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

En hommage de mon profond attachement et en remerciement de la sympathie qu'il m'a constamment témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALARD

*Accoucheur des hôpitaux,
Assistant à la Maternité.*

L'instigateur de ce travail à qui j'exprime ici toute ma gratitude pour la bienveillance avec laquelle il m'a guidé dans cette étude, et dont les nombreuses publications sur ce sujet ont facilité largement ma tâche.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDÉRODIAS

*Professeur de Clinique d'Accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

En qualité d'externe dans votre service vous m'avez toujours témoigné une bienveillance et une amabilité que je n'aurai garde d'oublier. Le meilleur de ce que je sais est votre œuvre. Permettez-moi de vous exprimer ici toute ma plus dévouée reconnaissance pour le très grand honneur que vous me faites aujourd'hui en acceptant la présidence de ce modeste travail; croyez que j'en suis profondément touché.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES DÉCHIRURES OBSTÉTRICALES

DU PÉRINÉE

Périnéorraphie primitive

et périnéorraphie immédiate secondaire.

INTRODUCTION

Les déchirures obstétricales du périnée, par suite de leur fréquence, constituent une question d'obstétrique journalière toujours d'actualité. Ce sujet vient d'être à nouveau repris par M. Müller, chef du service de gynécologie et d'obstétrique à l'Hôpital de Mulhouse, qui, à la technique communément employée de la périnéorraphie aux crins de Florence, a cru devoir substituer la périnéorraphie aux catguts et aux agrafes de Michel.

Nous avons cru devoir profiter de notre passage à la Maternité comme externe des professeurs Andérodias et Pery, pour étudier, à l'instigation du docteur Balard, assistant du service, cette importante question de pratique, en y consacrant notre thèse inaugurale.

CHAPITRE PREMIER

Le périnée.

A. — Anatomie.

Le périnée est, par définition, l'ensemble des parties molles qui ferment le détroit inférieur du bassin. Il a une forme losangique, à grand axe dirigé d'avant en arrière, s'étendant depuis la symphyse pubienne jusqu'au coccyx, tandis que le petit axe transversal va d'une des tubérosités ischiatiques à l'autre.

On a coutume de diviser cette région en deux par une ligne reliant les deux ischions : l'une située en avant et qui porte le nom de périnée antérieur, et l'autre en arrière ou périnée postérieur.

I. *La région périnéale antérieure.* — Elle a une forme triangulaire : son sommet correspond à la symphyse pubienne et sa base est représentée par la ligne bi-ischiatique, les deux autres côtés de ce triangle étant constitués par les branches ischio-pubiennes. Cette région, traversée par le vagin, est formée de plusieurs plans superposés, qui sont en allant de la superficie vers la profondeur :

1° La peau et le tissu cellulaire sous-cutané ;

2° L'aponévrose périnéale superficielle qui se réunira dans sa partie postérieure, en arrière des muscles transverses à l'aponévrose périnéale moyenne ;

3° Un plan musculaire constitué de muscles symétriques par rapport à la ligne médiane ; ces muscles sont disposés de telle manière qu'ils délimitent entre eux une surface triangulaire.

Nous trouvons : en arrière et formant la base de ce triangle le transverse du périnée qui prend naissance sur la face interne de la tubérosité ischiatique et qui, de là, se porte en dedans sur le raphé ano-vulvaire; du côté externe l'ischio-caverneux, qui double la branche ischio-pubienne, et du côté interne le bulbo-caverneux; ce dernier muscle est particulièrement intéressant à connaître, car il sera régulièrement lésé au cours des déchirures du périnée. Il s'insère en arrière sur le raphé ano-vulvaire, où ses faisceaux s'entrecroisent avec ceux du sphincter de l'anus, et en avant par deux tendons, l'un, l'inférieur, sur la face dorsale du clitoris, l'autre, le supérieur, sur le ligament suspenseur. Ce muscle, de forme demi-circulaire, s'unit à son symétrique du côté opposé pour constituer un muscle impair et annulaire, laissant passer en son centre le vagin, d'où son nom de constricteur du vagin;

4° L'aponévrose périnéale moyenne formée d'une succession de toiles aponévrotiques, tendue d'une branche ischio-pubienne à l'autre, mais laissant, bien entendu, passer en son milieu le vagin et se composant de deux feuilletts entre lesquels se trouvent les vaisseaux honteux internes;

5° Un nouveau plan musculaire formé par les deux releveurs de l'anus avec leurs deux portions externe et interne et allant du pubis à la face antérieure du rectum;

6° L'aponévrose périnéale profonde, adhérent à la tunique conjonctive du vagin au niveau des points où elle se trouve en contact avec lui.

II. *La région périnéale postérieure.* — Triangulaire, elle aussi, elle est limitée, en avant par la ligne bi-ischiatique, en arrière par la pointe du coccyx et latéralement par les bords des muscles grands fessiers. Cette région, traversée en son milieu par le rectum et l'anus, est constituée par les plans successifs suivants et qui sont en allant toujours de la superficie vers la profondeur :

1° La peau, particulièrement riche à ce niveau en glandes sudoripares;

2° Le tissu cellulaire sous-cutané;

3° La graisse de la fosse ischio-rectale et, dans le fond, le muscle releveur de l'anus.

Cette fosse ischio-rectale est limitée, en dedans : à la partie supérieure par le releveur et à la partie inférieure par le sphincter externe de l'anus, muscle circulaire ; en dehors, par les parois du bassin représentées par la face interne de l'ischion recouverte du muscle obturateur interne ; en arrière, par le muscle grand fessier et le grand ligament sacro-sciatique ; en avant, par les prolongements antérieurs de la fosse ischio-rectale situés au niveau du périnée antérieur entre la face supérieure de l'aponévrose moyenne d'une part et le releveur et l'obturateur interne d'autre part. Cette fosse ischio-rectale est normalement remplie d'un tissu adipeux très abondant au milieu duquel passent des vaisseaux et des nerfs.

Les artères sont au nombre de trois : l'artère honteuse interne, venant de l'hypogastrique, et ses deux branches : la périnéale superficielle et l'hémorroïdale inférieure.

Les veines sont nombreuses et vont se jeter dans la veine iliaque interne.

Quant aux nerfs de cette région, ce sont des rameaux venant du nerf honteux interne, satellite de l'artère de même nom.

Nous pensons qu'il est nécessaire, avant de terminer ce rappel anatomique rapide, d'insister un peu sur la région particulièrement importante en obstétrique comprise entre le rectum d'une part et le vagin d'autre part. Ces deux conduits, accolés dans leur portion intrapelvienne, se trouvent séparés, au niveau de la région périnéale, par un espace qui porte le nom de triangle vagino-rectal et qui a la forme d'une pyramide triangulaire. La paroi antérieure de ce triangle vagino-rectal est en rapport avec la face postérieure du vagin, tandis que la paroi postérieure l'est avec la face antérieure du rectum. Son sommet correspond à l'extrémité supérieure de la cloison vagino-rectale et sa base est formée par le revêtement cutané qui s'étend de la fourchette à l'anus.

Cet espace est occupé par un grand nombre de muscles parmi lesquels on distingue le sphincter de l'anus, le constricteur du

vagin, les transverses superficiels et profonds, le releveur de l'anus, et dont les fibres, en s'entrecroisant et s'anastomosant entre elles, forment ce que l'on appelle le nœud central du périnée.

Cette région tire son intérêt du fait que c'est elle qui, au moment de l'accouchement, par suite d'une insuffisance d'élasticité des tissus qui la constituent, est le siège le plus fréquent des déchirures du périnée; c'est donc elle que nous aurons le plus souvent à suturer.

B. — Statique et dynamique périnéales.

Le plancher périnéal a pour rôle physiologique essentiel de contribuer au soutien de l'utérus en sa position et sa hauteur normales, car les ligaments improprement appelés suspenseurs dont est doté cet organe sont incapables de le faire. Mais c'est seul le coin musculaire qui s'enfonce entre le vagin et le rectum et qui porte le nom, comme nous l'avons dit quelques lignes plus haut, de triangle vagino-rectal, qui, par la conservation de sa masse et de sa valeur contractile, donne au périnée son pouvoir de soutien.

« Normalement, par suite de l'éperon périnéal, la paroi vaginale postérieure forme un plan incliné se relevant vers la fourchette, si bien que la pression abdominale accole contre elle la paroi antérieure du vagin, réalisant ainsi la fermeture de ce canal et s'opposant à la descente de l'utérus.

» Par contre, à la suite d'une déchirure du périnée, il se produit une brèche de cet éperon périnéal; la paroi antérieure du vagin porte à faux, puisque, au lieu de l'éperon relevé qui constitue la fourchette, l'éculement du périnée a créé une pente en bas et en arrière; la paroi antérieure, sans contre-appui, glisse et se déroule au dehors; la paroi postérieure se déroule de même, et de la sorte se trouve entraîné l'utérus. » (Forgue et Massabuau).

Mais à cela ne se borne point le rôle du périnée. En effet, au moment de l'accouchement, lors de la période d'expulsion, c'est grâce à la réaction périnéale opposée aux contractions

utérines que la tête fœtale complète sa flexion et accomplit sa rotation, ce qui permet à l'occiput de venir se fixer sous la symphyse pubienne.

De plus, à cette période de l'accouchement, le périnée mettant un obstacle à l'expulsion trop rapide du fœtus va subir d'importantes modifications.

Tout d'abord, seule la partie ano-coccygienne change d'aspect : elle bombe, se creuse et s'allonge de telle sorte que l'espace ano-coccygien augmente en moyenne de 2 centimètres ; l'anus ne s'est pas encore entr'ouvert et le périnée proprement dit ou ano-vulvaire est à peine modifié. Puis, sous l'influence des contractions utérines qui continuent à s'exercer, la déflexion de la tête s'opérant, la tension du périnée postérieur augmente, l'anus se déplisse et le périnée antérieur s'allonge enfin. C'est à ce moment qu'il faut, pour éviter toute déchirure, veiller à ce que le périnée n'expulse trop violemment la tête fœtale

On comprend donc, d'une part, la fréquence de ces ruptures au cours des accouchements, la facilité avec laquelle elles peuvent se produire et, d'autre part, la nécessité qu'il y a à faire une restauration parfaite du périnée pour maintenir la statique utérine.

CHAPITRE II

Généralités sur les déchirures du périnée.

A. — Fréquence.

Les déchirures du périnée, comme nous l'avons dit au début de ce travail et comme nous tenons à le rappeler ici, s'observent très fréquemment au cours des accouchements, précisément au moment de l'expulsion de la tête fœtale ou pendant le passage des épaules du fœtus à travers la vulve. C'est donc à cette période bien définie que l'accoucheur ou la sage-femme doit craindre la lésion qui peut s'amorcer subitement et redoubler d'attention pour éviter qu'elle ne se produise.

Les classiques admettent, en général, une proportion de 30 p. 100 de déchirures chez les primipares et 10 p. 100 chez les multipares. Quant à nous, ayant eu la curiosité de rechercher sur 10.000 accouchements fait à la Maternité de Bordeaux dans combien de cas on avait observé ces ruptures, nous avons obtenu un pourcentage ne s'éloignant pas beaucoup de celui admis par la majorité des auteurs, en ce qui concerne les accouchements normaux, mais en différant largement si l'on considère les accouchements dystociques.

Voici, du reste, les chiffres que nous avons trouvés.

Ces 10.000 femmes se divisaient en 4.736 primipares et 5.264 multipares. Sur ces 4.736 primipares, nous avons relevé 4.085 accouchements normaux avec 1.292 déchirures et 651 accouchements dystociques avec 395 déchirures.

Quant aux 5.264 multipares, nous avons relevé 4.926 accou-

chements normaux avec 443 déchirures et 338 accouchements dystociques avec 79 déchirures.

Ce qui, en résumé, nous donne les proportions suivantes :

On observe les déchirures du périnée dans :

31,62 p. 100 des cas lorsqu'il s'agit d'accouchement normal chez une primipare ;

8,99 p. 100 des cas lorsqu'il s'agit d'accouchement normal chez une multipare ;

60,67 p. 100 des cas lorsqu'il s'agit d'accouchement dystocique chez une primipare ;

23,37 p. 100 des cas lorsqu'il s'agit d'accouchement dystocique chez une multipare.

Nous aurions désiré fournir au lieu de ce pourcentage global un pourcentage de chaque variété de déchirures. Nous n'avons pu le faire et, nous nous en excusons, n'ayant pas trouvé rétrospectivement sur les registres de la Maternité les renseignements qui nous auraient permis de l'établir.

Quoi qu'il en soit, cette statistique nous permet de constater d'une manière bien évidente que ce sont les primipares qui sont le plus souvent atteintes, ce qui se comprend facilement, le périnée d'une primipare n'ayant pas encore été distendu et assoupli par le passage à son travers d'un ou de plusieurs fœtus. Elle nous permet, en outre, de noter que c'est au cours des accouchements dystociques et à plus forte raison chez les primipares que l'on observe le plus de déchirures, ce qui se conçoit encore aisément, les branches du forceps se comportant au niveau du périnée comme une nouvelle surface traumatisante ajoutée à celle du fœtus lui même.

Nous devons avouer toutefois que nous avons été frappé de la nette disproportion existant entre le nombre élevé des déchirures périnéales constatées dans les maternités et celui beaucoup plus faible accusé par les sages-femmes dans leur clientèle. A quoi attribuer une telle différence ? Cela doit provenir assurément et pour une part importante du grand nombre d'accouchements dystociques qui se font dans les maternités et

qui prédisposent les malades à avoir des déchirures. Mais, ainsi que le dit M. le docteur Balard, « sans nier, certes, que l'habileté manuelle des sages-femmes de ville, vis-à-vis de l'inexpérience relative des élèves de nos maternités, explique en partie la différence de ces résultats, nous persistons cependant à croire que les sages-femmes ne font habituellement pas appeler les médecins pour les déchirures superficielles, soit qu'elles ne les réparent pas, soit qu'elles se contentent jusqu'ici de les réparer simplement à l'aide d'agrafes ».

Nous pensons donc que les déchirures du périnée s'observent aussi en clientèle, mais qu'elles sont parfois volontairement cachées par les sages-femmes, qui ignorent sans doute les conséquences plus ou moins graves qu'elles pourront avoir plus tard si elles ne sont pas traitées.

B. — Causes.

Nous devons en distinguer trois sortes : celles se rapportant à la mère, celles ayant trait au mode d'expulsion ou d'extraction du fœtus, celles enfin dues au fœtus lui-même.

En ce qui concerne les premières, on prétend, en général, que l'une des plus importantes est due à l'âge. Or, il ne semble pas qu'il en soit ainsi, car, alors que l'on admet normalement une proportion de 30 p. 100 de déchirures chez les primipares, chez les primipares âgées on en trouve seulement une proportion de 27,7 p. 100 d'après Caillade, de 22,5 p. 100 d'après Le Chuiton, de 24,1 p. 100 d'après Steinmann, et au plus de 30 p. 100 d'après Kleinwachter.

Comme autres causes favorisantes, nous devons noter que les périnées longs sont plus que les autres susceptibles d'être déchirés au cours des accouchements, et que l'existence au niveau du périnée de cicatrices anciennes, témoins de déchirures produites lors d'accouchements antérieurs, prédispose tout naturellement la malade à en avoir d'autres ultérieurement.

Nous devons encore citer comme causes tenant à l'état de la

mère : l'albuminurie, qui diminue la résistance des tissus, et les inflammations vaginales, en particulier celles consécutives à la présence du gonocoque au niveau du vagin, déterminant la formation de vaginites granuleuses. N'oublions pas enfin, en terminant cette énumération, de mentionner que ce sont fréquemment les périnées épais, rigides, et à tissus œdématisés, qui cèdent avec la plus grande facilité.

Mais, bien souvent, c'est le mode d'expulsion ou d'extraction du fœtus qui doit être incriminé.

Quelquefois, en effet, la rapidité d'expulsion du fœtus est telle que l'accoucheur ou la sage-femme ne peuvent venir à temps au secours du périnée qui commence à se rupturer; au contraire, dans des cas opposés, le périnée se déchire aussi si l'expulsion est trop longue; de plus, la déchirure se produit souvent à la suite d'une application de forceps que l'on est obligé de faire pour quelque raison que ce soit; enfin, dans le cas d'extraction de la tête dernière, comportant soit la manœuvre de Mauriceau, soit une application de forceps, il n'est pas rare d'observer consécutivement une déchirure, car il est matériellement impossible, dans une intervention de cet ordre, de ménager comme on le voudrait le périnée de la malade.

Il est, en outre, des causes prédisposant à cette lésion qui tiennent au fœtus lui-même; on range parmi celles-ci le volume excessif du fœtus dépassant de beaucoup la moyenne, les malformations telles que l'hydrocéphalie, les présentations vicieuses: face, épaule, siège, et les procidences des membres.

Pour tâcher donc d'éviter dans la mesure du possible ces ruptures, ou tout au moins pour en diminuer le grand nombre, nous rappelons qu'il importe au moment de l'expulsion de la tête :

1° De recommander à la femme de modérer ses efforts expulsifs;

2° De s'assurer que la flexion de la tête est bien faite et que l'occiput est bien fixé sous la symphyse pubienne;

3° De bien empaumer avec une de ses mains le périnée de la parturiente, non pour cacher la déchirure qui menace de se

produire, mais pour rapprocher avec le pouce d'une part et les quatre autres doigts d'autre part les deux bords de la fourchette ;

4° De dégager enfin l'une après l'autre les deux bosses pariétales.

Si toutefois l'on s'aperçoit que la rupture est inévitable, il ne faut pas craindre de prendre des ciseaux et de faire, à l'endroit qui semble le plus indiqué, une épisiotomie, assuré que cette plaie, une fois suturée, se réparera beaucoup plus facilement qu'une déchirure ordinaire.

C. — Classification des déchirures du périnée.

On a coutume de les diviser en quatre grandes variétés, suivant qu'elles sont incomplètes, complètes, totales et centrales ; c'est donc cette classification que nous adopterons :

1° Dans les incomplètes, c'est seule la fourchette qui a été lésée, le sphincter anal ayant résisté ; dans ce cas, la lésion peut être plus ou moins profonde et intéresser, en plus du revêtement cutané-muqueux, la paroi postérieure du vagin qui peut être désinsérée ;

2° Dans les complètes, le sphincter anal est rompu ; l'anus et la vulve ne font alors plus qu'un :

3° Dans les totales, où la cloison recto-vaginale a été touchée la déchirure peut remonter très haut sur cette cloison et atteindre parfois le cul-de-sac péritonéal. Dans ce cas, le rectum et le vagin communiquent entre eux par une très large ouverture : il y a formation d'un véritable cloaque ;

4° Nous décrirons enfin les déchirures centrales, du reste fort rares, comprises entre la fourchette et l'anus et n'intéressant ni l'un ni l'autre ; la tête du fœtus apparaît alors entre la vulve et l'anus comme à travers une fenêtre.

D. — Conséquences immédiates et tardives.

La première de ces conséquences est l'hémorragie se produisant au moment de la déchirure; il faut dire toutefois qu'on l'observe rarement et qu'elle est, malgré tout, peu grave, à moins qu'elle n'intéresse des veines variqueuses siégeant au niveau de la vulve ou les veines hémorroïdales; elle peut alors être parfois difficile à arrêter, mais on y parvient cependant à l'aide d'un bon tamponnement.

Mais beaucoup plus important est le fait que cette déchirure a pour conséquence la formation d'une plaie anfractueuse, à bords irréguliers, et qui, fait particulièrement sérieux, siége dans une région septique au plus haut degré. C'est une porte d'entrée grande ouverte à l'infection et à tout ce qui en découlera au milieu de ce carrefour ano-vulvaire, débouché de deux réceptacles excessivement riches en produits microbiens : le rectum d'une part, et la cavité vaginale d'autre part.

Que de fois une élévation de température, un état septicémique particulier et dont la cause nous échappera, aura eu là son point de départ?

Et nous n'envisageons dans ce cas que la rupture du périnée simple et banale, rentrant dans le premier groupe de notre classification, mais, comme nous l'avons dit, la lésion pourra être beaucoup plus étendue; elle pourra siéger au niveau de la cloison recto-vaginale et entraîner à sa suite une fistule recto-vaginale; elle aura pu toucher le sphincter anal et le rompre, et nous nous trouverons alors en présence de pauvres malades qui, si elles ne sont pas traitées convenablement, seront atteintes de cette pénible infirmité, particulièrement dure à supporter, qu'est l'incontinence des matières fécales et des gaz.

Tout ceci s'observe dès l'accouchement ou dans les suites de couches, mais on peut avoir par la suite des complications tardives dont la plus importante est assurément le prolapsus utérin. Lors des déchirures du périnée, la sangle périnéale, organe principal de soutènement de l'utérus étant lésée, ne peut plus remplir efficacement le rôle qui lui est dévolu, d'où prolapsus.

Voici, du reste, ce que l'on notera comme conséquences des ruptures suivant l'accouchement : d'abord, un affaiblissement du nœud périnéal, soit que la déchirure soit nettement visible, soit qu'au contraire elle soit invisible, la région musculaire profonde ayant été seule intéressée, la peau et la muqueuse étant demeurées intactes. On remarquera enfin la béance du vagin qui ne sera plus, comme de coutume, une cavité virtuelle. Si l'utérus subit alors par suite du relâchement des ligaments le mouvement de rétrodéviation, il y aura prolapsus dans lequel on pourra distinguer trois degrés :

Dans le premier degré, on a une chute des parois vaginales et plus spécialement de la paroi antérieure qui apparaît sous forme d'une tumeur qui n'est autre qu'une cystocèle ; mais la paroi postérieure peut elle aussi s'affaisser et l'on a alors une rectocèle.

En deuxième lieu, le col finit par apparaître à la vulve avec ou sans allongement hypertrophique.

Enfin, dans le troisième degré, l'utérus descend en dehors, s'extériorise, et peut pendre entre les cuisses comme un battant de cloche ; on a alors affaire à un prolapsus complet.

Il est facile de comprendre que l'utérus une fois parvenu au niveau de la vulve s'infectera avec la plus grande facilité. Il y aura alors formation d'endométrites tenaces, particulièrement difficiles à guérir parce que rebelles à tout traitement.

Nous croyons, en terminant ce chapitre, avoir suffisamment insisté sur les complications qui peuvent survenir à l'occasion des déchirures du périnée. Nous allons maintenant étudier en détail le traitement qu'il convient de leur appliquer.

CHAPITRE III

Périnéorraphie primitive.

On fait remonter la première de ces opérations au xvi^e siècle, mais c'est seulement au xix^e qu'elle entra dans la pratique courante après les travaux de Roux en 1834, et depuis cette époque, elle connut tour à tour la vogue et l'oubli. Il est bien certain, en effet, qu'avant l'ère de l'asepsie et de l'antisepsie, on pouvait hésiter à faire courir à une malade le risque d'une intervention aussi minime fût-elle, dont le résultat était toujours problématique et qui n'était pas absolument indispensable, la vie de la malade n'étant point en danger, en admettant qu'on ne portât remède à sa déchirure périnéale.

Aujourd'hui, quoique l'on ait encore quelquefois des cas de non-réussites, la question ne se pose plus lorsqu'on se trouve en présence d'une déchirure du périnée qui vient de se produire ; voici, du reste, quelle est l'opinion du professeur Pozzi à ce sujet : « La réunion immédiate, dit-il, doit être pratiquée. Elle dispense d'une opération ultérieure plus complexe et ferme l'entrée aux inoculations. » Il faut donc toujours intervenir car il importe au plus haut point, et nous en avons donné les raisons dans le chapitre précédent, de reconstituer dans le plus bref délai ce qui a été détruit, c'est-à-dire de rétablir le périnée dans son intégrité première autant que cela puisse se faire.

Il est de plus suffisamment démontré maintenant que, sauf dans le cas où la déchirure est vraiment minime, il ne faut pas compter sur la nature pour réparer le mal, car elle est incapable de le faire d'une manière satisfaisante.

En effet, pour que la plaie puisse guérir sans intervention, il faut que deux conditions soient remplies :

1° Qu'il y ait un accollement parfait entre les deux lèvres de la plaie, et non un rapprochement, ce qui serait tout à fait insuffisant;

2° Que tout risque d'infection soit écarté.

Or, il est matériellement impossible de réunir ces deux conditions dans la région où siègent les déchirures du périnée; même en admettant, ce qui est pratiquement impossible, que l'on puisse maintenir les cuisses de la malade aussi rapprochées que possible et que l'on puisse éviter de sa part tout mouvement involontaire qui détruirait en un instant tout début de cicatrisation, on ne pourrait empêcher cette plaie d'être souillée par les produits de déjection provenant de l'intestin ou des sécrétions vaginales.

Ceci établi, à quel moment devons-nous opérer, quand devons-nous faire notre périnéorrhaphie primitive? Il est tout à fait inutile, et l'on ne gagne rien à cela, bien au contraire, d'attendre pour intervenir, comme le voulait Nélaton, qu'une huitaine de jours se soit écoulée depuis l'accouchement ou même qu'on soit parvenu à la fin de la période puerpérale, comme le préconisaient Roux et Velpeau.

Nous croyons, et c'est l'opinion qui a prévalu de nos jours, que c'est tout de suite, c'est-à-dire l'accouchement venant à peine de se terminer, sitôt la délivrance faite, que l'on doit suturer sa plaie si l'on veut opérer avec le plus de chances de réussite; c'est aussi à ce moment que l'opération sera le mieux supportée et surtout acceptée par la malade.

Voyons donc quelle est la technique à suivre lorsqu'on se trouve en face d'une déchirure du périnée.

Sur ce point, les opinions varient, car, contrairement à ce que l'on pourrait attendre d'une opération aussi simple, les résultats ne sont pas toujours couronnés de succès et les cas de non-réussites s'observent encore assez fréquemment. Les auteurs se sont inquiétés d'un tel état de choses et en particulier M. Müller, dans un article traitant des « périnéorrhaphies primitives et

immédiates secondaires », se demande quelle est la cause de la guérison imparfaite et défectueuse de nos jours.

« ... Certains auteurs, dit-il, rendent responsable de l'insuccès chirurgical le matériel de suture. Tel accuse le catgut, tel autre la soie, moyens de suture qu'on arrive à rendre stériles qu'imparfaitement.

» Les uns ont recours aux crins de Florence, les autres aux fils métalliques. Et les résultats? On change continuellement de moyens de suture, pour arriver à une satisfaction loin d'être complète. »

Nous allons donc étudier successivement les deux méthodes de périnéorraphies primitives qui sont le plus communément employées à l'heure actuelle, l'une dans laquelle on se sert pour faire sa suture de crins de Florence, l'autre dans laquelle on préfère les catguts; nous verrons ensuite quels sont leurs avantages et aussi leurs inconvénients respectifs.

Mais avant d'insister sur les particularités propres à chacune de ces deux méthodes, nous croyons qu'il n'est pas inutile de rappeler ici quelques précautions qu'il importe de prendre aussi bien dans un cas que dans l'autre si l'on veut du moins opérer dans de bonnes conditions.

Tout d'abord se pose la question de l'anesthésie. Doit-on ou ne doit-on pas anesthésier la malade? Nous pensons qu'il est préférable de le faire, et cela pour deux raisons : d'abord parce que la femme étant anesthésiée et, par suite, ne se défendant plus, l'opérateur pourra alors intervenir tout à son aise; et ensuite parce que l'opération pouvant durer quelques minutes, nous croyons qu'il est bon et aussi humain d'éviter à notre accouchée, après les douleurs endurées au cours du travail, une nouvelle souffrance parfois très pénible à supporter.

Nous devons toutefois envisager ici le cas des femmes qui, ayant déjà été anesthésiées pour une intervention obstétricale, sont réveillées avant que la délivrance ne soit faite. Doit-on les anesthésier de nouveau pour faire sa suture? Nous ne le pensons pas et, pour éviter cet ennui, nous croyons qu'il est utile de suivre la technique de notre maître, M. le professeur Andé-

rodias, qui, contrairement à ce que l'on enseigne un peu partout, fait la suture de suite après l'opération, avant la délivrance, pour profiter encore de l'anesthésie. On risque, dit-on, d'avoir à faire une délivrance artificielle et de rompre la suture déjà faite. Or, il est arrivé à plusieurs reprises à notre maître d'avoir à faire des délivrances artificielles après la suture, et cette dernière a toujours parfaitement tenu.

Quelle anesthésie doit-on employer ? Les anesthésies générales et rachidienne, certes très commodes, ne sont malheureusement pas exemptes de risques ; l'anesthésie épidurale, par suite de sa technique un peu spéciale, parfois difficile à exécuter, n'est pas à conseiller ; quant à l'anesthésie locale, elle est à rejeter, à regret, car on doit faire pour anesthésier la région périnéale autant de piqûres qu'on en ferait pour la suturer. Nous pensons donc, pour conclure, que c'est encore à l'anesthésie générale qu'il convient surtout d'avoir recours, à condition toutefois de ne pas donner trop d'anesthésique à la malade.

En second lieu, on doit s'inquiéter de la situation dans laquelle la patiente doit être placée. Il faut la mettre au bout ou en travers du lit et en position obstétricale.

On doit ensuite, comme on a coutume de le faire avant toute opération chirurgicale, prendre tous les soins d'asepsie désirables au niveau du champ opératoire et, en particulier, badiageonner à l'alcool iodé ou à l'essence pure de goménol la région sur laquelle on doit intervenir.

Nous recommanderons enfin de bien vouloir, avant de suturer, régulariser les lèvres de la déchirure et supprimer d'un coup de ciseau tout lambeau de chair ou de peau qui ne tiendrait plus au reste du périnée que par un mince pédicule.

Ces considérations étant envisagées, voyons maintenant quelles sont les méthodes de périnéorrhaphie primitive que nous pouvons suivre.

Dans l'une, et c'est celle qui est la plus couramment employée aujourd'hui, on suture le périnée aux crins de Florence ; on fait alors ce que l'on appelle la suture en masse, c'est-à-dire que l'on charge en bloc sur une grande aiguille courbe et fine, celle

d'Emmet de préférence spécialement créée à cet usage, tous les tissus déchirés. Il faut avoir bien soin, du reste, de comprendre dans sa suture la colonne postérieure du vagin qui aurait pu se rétracter au moment de la déchirure, afin de l'abaisser au niveau du périnée.

On fait décrire à son aiguille et par suite à son fil un trajet en Ω et on passe ainsi tour à tour à travers la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les plans musculaires constitués par le constricteur du vagin et le releveur de l'anus, pour revenir ensuite, mais cette fois-ci de l'autre côté de la brèche, au muscle, au tissu cellulaire sous-cutané et enfin à la peau.

On doit s'attacher à faire des points profonds, c'est-à-dire à faire passer son aiguille en tissu sain, en dehors de l'angle dièdre formé par les deux lèvres de la plaie; et c'est justement ce dernier point particulièrement important qu'il faut bien noter et sur lequel on n'insiste pas assez, car c'est de lui que dépendra le succès dans beaucoup de cas. On fait ainsi deux ou trois points profonds ou même davantage suivant l'importance de la déchirure, et ensuite, si besoin est, on termine la suture par quelques points très superficiels n'intéressant que la peau et destinés à réunir les lèvres de la plaie cutanée qui seraient encore trop écartées.

Il faut de plus, afin d'éviter que les crins ne tirent et ne coupent, faire des points peu éloignés des bords de la déchirure et bien s'assurer que les orifices d'entrée et de sortie de l'aiguille soient parfaitement symétriques; pour les mêmes raisons, on ne doit pas employer de crins trop fins (se servir de crins n° 3) ni trop serrer ses nœuds.

Il faut enfin, les jours qui suivent l'intervention, désinfecter convenablement la plaie au goménol et ne pas donner d'injections vaginales à la nouvelle accouchée.

Cela étant, on laissera les crins en place une huitaine de jours, et c'est seulement à partir de ce moment qu'on devra les enlever.

Dans l'autre méthode, où les crins sont proscrits comme étant la cause régulière des échecs observés au cours des périnéorraphies primitives, on se sert pour suturer de catgut et d'agrafes de Michel. La technique est la suivante :

On réunit d'abord les deux lèvres de la plaie par des points profonds au catgut, et cela par des sutures perdues en un ou plusieurs plans. On fait ensuite un surjet très superficiel, toujours au catgut, mettant presque en contact les lèvres cutanées de la plaie, et on termine enfin l'affrontement de la peau par des agrafes de Michel que l'on laisse à demeure pendant cinq jours ; au bout de ce temps, il ne reste plus qu'à les retirer, car elles deviennent alors plus nuisibles qu'utiles.

Mais jusqu'ici, nous n'avons envisagé que le cas de déchirure incomplète, c'est assurément celui qui se présente le plus souvent ; il est toutefois bien entendu que si l'on se trouve en face d'une déchirure complète ou totale dans laquelle le sphincter ou la cloison recto-vaginale auront été lésés, il faudra suturer ce sphincter ou cette cloison recto-vaginale au catgut et en deux plans : un premier plan constitué par l'affrontement des deux muqueuses et un second plan musculaire. C'est seulement pour terminer sa suture que l'on pourra choisir l'une ou l'autre des deux méthodes que nous venons de décrire.

Voyons maintenant quels sont leurs avantages et leurs inconvénients :

La première a pour elle de pouvoir se faire partout, d'être des plus simples, de pouvoir être exécutée très rapidement et de n'exiger qu'un matériel tout à fait restreint non résorbable. Mais, malgré ces avantages, c'est cette méthode que M. Müller critique, car, dit-il, « une des raisons prépondérantes qui font échouer la réunion *per primam* est donnée dans l'infection du corps périnéal par la peau du périnée ».

Et il rend responsable de cette infection les fils qui permettent aux microorganismes pullulant en grande abondance au niveau de la sphère génitale, partis de la surface cutanée, de gagner les parties profondes et contuses du périnée.

Mais si, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, on a bien soin, en faisant sa suture, de faire des points profonds, c'est-à-dire de faire passer son aiguille et, par suite, son crin en tissu sain, le danger d'infection est bien moins à redouter. De plus, si, comme il le dit encore, « les microbes n'ont qu'à

suivre le chemin engageant tracé par les fils pour arriver dans la profondeur de la plaie », ces mêmes fils serviront de voie de drainage, voie aussi toute tracée pour l'écoulement du pus qui aurait pu se former au niveau de la plaie. Enfin, dans ce procédé que nous défendons, car, comme on pourra le voir dans nos observations, il nous a toujours donné entière satisfaction, puisque sur 29 cas traités de la sorte nous avons eu 25 résultats satisfaisants et jamais de désunion complète, on a l'avantage, à notre avis, de prendre tous les tissus en bloc et de ne pas laisser entre les divers plans que l'on a à suturer de cavités aussi petites soient-elles, cavités dans lesquelles les microbes trouvent un terrain particulièrement favorable à leur développement.

Quant à l'autre méthode préconisée actuellement par M. Müller et préférée à la première par un certain nombre d'auteurs modernes, nous lui reprochons d'être plus compliquée et plus longue que la précédente, d'être délicate à exécuter, surtout lorsqu'on se trouve dans un milieu non chirurgical et lorsqu'on n'a pas d'aide à sa disposition, enfin de réclamer un matériel beaucoup plus important et des aides.

Nous reconnaissons toutefois que lorsqu'elle réussit elle donne un résultat esthétique parfait, supérieur, en général, à celui obtenu avec la suture aux crins et qui, à ce point de vue, laisse parfois à désirer. Mais l'esthétique est ici secondaire, et ce qu'il convient surtout de rechercher, c'est la sécurité et la solidité.

De plus, contrairement à l'opinion de certains, nous nous trouvons dans l'obligation de dire que nous n'avons pas eu toujours des succès. C'est ainsi que sur 15 cas traités de la sorte, nous avons eu 7 résultats très satisfaisants (Obs. XXXII, XXXIV, XXXVIII, XXXIX, XL, XLII, XLIII), 5 qui l'étaient moins (Obs. XXX, XXXI, XXXIII, XXXVII, XLIV) et 3 cas de désunion complète de la suture (Obs. XXXV, XXXVI, XLI).

Quelquefois, nous avons eu à noter un petit accident : une des agrafes a lâché, en général l'agrafe supérieure (Obs. XXX, XXXI, XXXIII, XLIV); cela est, au fond, sans conséquences graves, la vulve demeurant par la suite un peu élargie et

entr'ouverte. Mais il nous a été permis d'observer des cas dans lesquels toutes les agrafes ayant lâché, tout le reste de la suture a suivi et plus rien n'a alors tenu (Obs. XXXV, XXXVI, XLI); il a donc fallu intervenir secondairement pour rétablir l'intégrité première du périnée.

Un autre reproche que nous faisons encore à cette méthode et qui est, croyons-nous, une des causes d'échecs, c'est justement l'emploi de catguts : pour qu'un catgut soit résorbé, il faut qu'il se trouve dans un milieu aseptique; or, il est bien évident, comme nous avons eu l'occasion de le dire déjà, que tel n'est pas le cas dans cette région de l'organisme particulièrement septique, d'où une des raisons pour lesquelles la suture ne tient pas. De plus, à ajouter qu'après la déchirure, avant la suture, la plaie est déjà souillée par les produits vulvo-vaginaux : on met donc le catgut en terrain déjàensemencé.

C'est pour tout cela que nous continuons à donner la préférence à la suture classique aux crins de Florence.

En terminant ce chapitre, nous croyons utile de ne pas passer sous silence un point particulier de pratique qui a du reste été l'objet d'un travail de la part de notre maître, M. le docteur Balard, accoucheur des hôpitaux, et qui, pour les partisans convaincus de la périnéorraphie primitive, mérite d'être envisagé : Une sage-femme a-t-elle le droit de suturer une déchirure du périnée qui vient de se produire au cours d'un accouchement auquel elle a assisté ?

Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Jusqu'à présent, à s'en tenir rigoureusement à la lettre des textes législatifs, la sage-femme ne peut restaurer aucune déchirure périnéale, puisque, d'après la loi du 30 novembre 1892, il est interdit à la sage-femme d'employer des instruments. »

Et quelques lignes plus loin :

« Puisqu'on reconnaît la nécessité d'autoriser les sages-femmes à parer à certains accidents de l'accouchement, il faut qu'elles puissent le faire d'une façon aussi parfaite que possible. Elles devront donc, croyons-nous, utiliser les agrafes

dans quelques cas très limités, et employer couramment la suture à l'aiguille et aux crins de Florence. » Mais « il est bien évident, en effet, que la restauration des déchirures complètes et même seulement des lésions étendues n'est pas du ressort de la sage-femme. Ces interventions exigent une technique complète, nécessitent l'anesthésie générale ou tout au moins l'anesthésie locale et peuvent, si on n'y prend garde, s'accompagner d'incidents opératoires, tels que la lésion du rectum au cours de la suture. Tous ces cas doivent rester du domaine du médecin. »

« Il en va de même des déchirures superficielles, lorsqu'il sera possible d'avoir sous la main un médecin, surtout si la situation sociale de la cliente autorise son concours. Mais lorsque l'intervention de ce dernier constitue une charge imprévue, un peu lourde pour les ressources de l'accouchée, et que le cas est du ressort de la sage-femme, ou enfin dans les déchirures tout à fait bénignes, elle devra procéder elle-même à la restauration du périnée. »

Nous ralliant tout à fait à sa thèse, nous admettons avec lui qu'une sage-femme peut se permettre de restaurer un périnée, mais seulement dans le cas de déchirure minime; s'il en est autrement, elle devra faire appel à un médecin, qui reste malgré tout seul qualifié pour cela.

CHAPITRE IV

Périnéorraphie immédiate secondaire.

Malgré la grande simplicité de sa technique, la périnéorraphie primitive, comme nous venons de le dire plus haut, ne donne pas toujours les résultats escomptés, et cela soit que l'on ait employé l'une ou l'autre des deux méthodes que nous avons décrit précédemment ; on s'aperçoit, en effet, fréquemment, au moment où l'on enlève soit les agrafes, soit les crins qui ont servi à réunir et à maintenir rassemblés les deux bords de la déchirure, que tout ou partie de la suture a lâché.

Les causes de ces insuccès sont nombreuses et variables, mais la plus importante est due sans contredit au mauvais état général de la malade ; c'est surtout chez les femmes infectées que l'on observe ces non-réussites, particulièrement chez les albuminuriques présentant de l'œdème vulvaire et chez les femmes atteintes de vaginite chronique ou de végétations vulvaires ; dans ces cas, il n'est pas rare de voir se produire de la suppuration qui empêche, bien entendu, toute cicatrisation. D'autres fois, au contraire, l'échec est consécutif à un état constitutionnel spécial de la malade : femmes obèses, dont les tissus infiltrés de graisse sont diminués de vitalité, ou, au contraire, femmes à vulve étroite et peu étoffée, dont le périnée se réparera très difficilement. Dans d'autres cas enfin, il faut incriminer une faute de technique, aussi légère soit-elle, et c'est alors l'opérateur qui est la cause bien involontaire de tout le mal.

Quoi qu'il en soit, en présence d'une suture primitive qui n'a

pas tenu, la ligne de conduite à suivre est pour nous des plus simples : il faut tenter de faire une périnéorrhaphie immédiate secondaire, car, comme le dit M. le docteur Balard, « les insuccès de la périnéorrhaphie primitive constituent, en effet, les véritables indications de la périnéorrhaphie immédiate secondaire ».

Cette opinion, il est vrai, est très débattue et ne réunit pas encore l'unanimité des suffrages. Si certains, tels que Bar, Brindeau, Doléris, Rudolphson, Müller, et nos maîtres M. le professeur Maurice Rivière et M. le docteur Balard, sont des partisans convaincus de la périnéorrhaphie immédiate secondaire, il en est d'autres, tels que Tillaux, Pozzi, Hegar, Kaltenbach, dont l'avis est tout différent et qui préfèrent attendre, pour intervenir dans de meilleures conditions, disent-ils, qu'un long espace de temps, variant de deux à six mois, se soit écoulé depuis l'accouchement. On peut objecter à ces derniers que bien souvent les conditions d'opérabilité ne seront pas alors bien meilleures et que, vu les bons résultats actuels de la périnéorrhaphie immédiate secondaire, attendu que les statistiques accusent des succès dans plus de la moitié des cas, on peut toujours essayer cette méthode; les risques, du reste, sont réduits au minimum, et si l'on a la chance de réussir dans sa tentative, on évite à la malade que l'on traite ainsi les ennuis d'une périnéorrhaphie secondaire tardive, véritable opération chirurgicale. On est obligé, en effet, dans ce dernier cas, de faire une colpo-périnéorrhaphie, car, ainsi que le dit M. le professeur Bégouin, « le vagin ayant été intéressé par la déchirure doit l'être aussi par la restauration ».

Au contraire, la périnéorrhaphie immédiate secondaire pratiquée dans le post partum est une intervention des plus simples. On trouve encore des tissus très souples, très richement vascularisés, en plein bourgeonnement, et qui se réuniront avec une extrême facilité après un léger avivement. De plus, on aura l'avantage, à ce moment, de ne plus être incommodé par les lochies, qui, si elles n'ont pas encore complètement disparu, seront en tout cas peu abondantes et qui ne viendront point ainsi souiller les lèvres de la plaie.

En ce qui concerne le moment opportun où l'on doit pratiquer cette intervention, l'avis des auteurs diffère. Pour les uns, on peut opérer au bout d'une huitaine de jours après l'accouchement; pour les autres, au contraire, il est préférable d'attendre quinze jours. Nous pensons, pour notre part, qu'on ne peut pas établir de règle immuable, que ce moment est essentiellement variable et qu'il ne peut pas être fixé d'une façon absolue, car il importe au plus haut point de tenir compte de l'état particulier de chaque malade.

Il existe, en effet, une contre-indication à toute périnéorraphie immédiate secondaire, c'est l'infection. Ne pas y prêter attention, c'est vouloir se vouer à un échec certain. C'est donc seulement lorsque la malade n'aura plus de fièvre depuis au moins trois jours et que les lèvres de la plaie auront été complètement détergées de toutes les fausses membranes dont elles seront recouvertes, qu'elles auront perdu cet aspect sphacélique si particulier, résultat que l'on obtient entre le douzième et le quinzième jour, que l'on pourra intervenir avec des chances de succès. Pour hâter ce moment, il est nécessaire d'irriguer la plaie plusieurs fois par jour avec des solutions antiseptiques et, entre temps, d'y appliquer dessus des pansements au sérum de cheval, au bouillon-vaccin, ou plus simplement, au liquide de Dakin.

Il est bon, enfin, avant de suturer, de savoir à quelle sorte de germes on a affaire, et pour cela, à l'aide d'une pipette, de prélever quelques gouttes de pus ou de sérosité que l'on dépose ensuite sur une lame; on en fait un frottis et l'on examine le tout au microscope : si l'on trouve du streptocoque, il faut s'abstenir de toute nécessité; mais s'il y a, au contraire, du staphylocoque, le danger est bien moindre et l'on peut opérer, à condition cependant que leur nombre soit suffisamment restreint et ne dépasse pas 5 à 6 par champ. C'est uniquement lorsque ces conditions seront remplies que l'on peut alors suturer utilement.

Mais avant, il faut, là comme dans toute autre opération chirurgicale, prendre quelques précautions.

La malade doit être purgée de la veille, puis ensuite constipée

à l'aide de pilules d'opium, et cela pendant les cinq à six jours qui suivront la périnéorrhaphie; pendant ce temps, la malade sera mise au régime lacté.

Il faut, en outre, que les régions vaginales et périnéales soient soigneusement désinfectées.

Là encore, et peut-être plus que dans la périnéorrhaphie primitive, nous recommanderons d'anesthésier la malade; cela est préférable et pour elle et pour celui qui opère.

Enfin, avant de suturer à nouveau, il est indispensable d'avi-ver les lèvres de la plaie et pour cela il faut d'abord enlever, soit au bistouri, soit au ciseau, sur tout le pourtour de la déchirure et sur une largeur de quelques millimètres à peine, la petite bande de tissu cicatriciel qui avait commencé à se former. Il faut, ensuite à notre avis, et cela quoique certains, parmi lesquels Katzenstein, le déconseillent et « préfèrent laisser les granulations intactes, estimant que ce tissu jeune et de première fraîcheur entre avant tout en ligne de compte comme barrière protectrice contre l'infection », racler à la curette ou avec le plat de la lame du bistouri ces granulations, tissu de néoformation, de manière à les faire saigner un peu. Il faut de plus, si les lèvres de la plaie s'étaient par trop rétractées, procéder à un décollement, de manière qu'on puisse les affronter parfaitement en les suturant. On doit, en outre, dans le cas de déchirure complète, pratiquer le dédoublement de la paroi vaginale et du rectum sur une hauteur de plusieurs centimètres à partir de la déchirure. Il ne reste plus, ces précautions étant prises, qu'à faire la suture.

On commence par réunir les deux lèvres de la plaie dans la profondeur par des points au catgut étagés sur un ou plusieurs plans suivant l'étendue de la région lésée, puis on fait un surjet superficiel au catgut et on termine l'affrontement par des points profonds aux crins de Florence qu'on laisse en place pendant une dizaine de jours. On met enfin une sonde urétrale à demeure pour que l'urine en s'écoulant ne vienne mouiller la plaie et ne mette ainsi un obstacle à tout début de cicatrisation. On termine par un pansement occlusif.

Nous dirons, en terminant, que nous avons relevé les observations de 9 cas traités de la sorte : 6 ont donné pleine satisfaction (Obs. XLV, XLVI, XLVII, L, LI, LII) et 3 ont été suivis d'échecs (Obs. XLVIII, XLIX et LIII).

Si donc, malgré cette intervention, l'on a encore échoué dans sa nouvelle tentative de restauration périnéale, assuré toutefois d'avoir bien servi les intérêts de la malade, il ne reste plus qu'à la confier à un chirurgien qui devra, quelques mois plus tard, lui faire une périnéorrhaphie secondaire tardive.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Périnéorraphies primitives aux crins de Florence.

OBSERVATION I

9 août 1928. — Registre de la Maternité n° 653.

Primipare, 21 ans, piqueuse.

Bassin rétréci, promontoire accessible à 9 cent. 4/2.

Accouchement spontané en occipito-pubienne d'un garçon de 3 kil. 180.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Un crin double profond. Point enlevé le neuvième jour. État parfait.

OBSERVATION II

9 août 1928. — Registre de la Maternité n° 654.

Primipare, 22 ans, sans profession.

Bassin normal.

Albuminurie (1 gramme-1 gr. 40) disparue au moment de l'accouchement spontané en O. P. d'une fille de 3 kil. 380.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Un crin double très profond qui ne peut être qu'imparfaitement serré; un crin simple superficiel qui rapproche les deux lèvres cutanées. Points enlevés le neuvième jour; état parfait, coin périnéal très épais.

OBSERVATION III

12 août 1928. — Registre de la Maternité n° 660.

Primipare, 15 ans, journalière.

Accouchement spontané en O. P. d'une fille de 3 kil. 470.

Déchirure très incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Un crin double profond. Point enlevé le neuvième jour. Le point a coupé, mais la suture a tenu.

OBSERVATION IV

12 août 1928. — Registre de la Maternité n° 665.

II-pare, 22 ans, sans profession.

Accouchement spontané en O. P. d'un garçon de 2 kil. 880.

Déchirure de la fourchette.

Périnéorraphie primitive. — Un crin profond. Point enlevé le neuvième jour. Le point a tenu.

OBSERVATION V

12 août 1928. — Registre de la Maternité n° 667.

II-pare, 25 ans, journalière.

Bassin canaliculé, promontoire accessible à 10 cent. 1/2, grande extraction du siège, forceps sur la tête dernière, intervention très pénible.

Extraction d'une fille de 2 kil. 750.

Déchirure étendue, mais incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Trois crins profonds, un crin superficiel. Points enlevés le neuvième jour. Les points profonds ont tenu ; le point superficiel a lâché.

Vulve un peu agrandie, mais excellent coin périnéal. Résultat très satisfaisant.

OBSERVATION VI

14 août 1928. — Registre de la Maternité n° 669.

Primipare, 22 ans, blanchisseuse.

Traces d'albumine au moment de l'accouchement.

Accouchement spontané en O. P. d'un garçon de 3 kil. 060.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Deux crins profonds. Points enlevés le dixième jour. Léger hiatus en surface sur toute la longueur de la plaie, mais bonne suture profonde; coin périnéal très étoffé.

OBSERVATION VII

15 août 1928. — Registre de la Maternité n° 672.

Primipare, 20 ans, cultivatrice.

Accouchement spontané en O. P. d'une fille de 2 kil. 600.

Déchirure de la fourchette.

Périnéorraphie primitive. — Un point de suture. Point enlevé le neuvième jour. La suture a tenu.

OBSERVATION VIII

19 août 1928. — Registre de la Maternité n° 683.

III-pare, 28 ans, ménagère.

Accouchement spontané en O. P. d'un garçon de 3 kilos.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Un crin double très profond. Point enlevé le neuvième jour. Le point a tenu, mais la commissure est un peu élargie. Vulve légèrement béante.

OBSERVATION IX

19 août 1928. — Registre de la Maternité n° 684.

II-pare, 22 ans, ménagère.

Bassin rétréci, promontoire accessible à 10 cent. 1/4.

Accouchement spontané en O. P. d'un enfant de 3 kil. 700.

Périnéorraphie primitive. — Un crin double. Point enlevé le neuvième jour. Résultat médiocre.

OBSERVATION X

21 août 1928. — Registre de la Maternité n° 690.

Primipare, 19 ans, femme de chambre.

Présentation du siège, décomplété mode des fesses.

ccouche d'un enfant de 2 kil. 170.

Déchirure du périnée, amorcée au moment de l'introduction de la main, épisiotomie.

Périnéorraphie primitive. — Deux crins doubles profonds, un crin simple superficiel. Points enlevés le dixième jour. Bon périnée épais, mais un peu irrégulier : mamelon senti à la palpation sous la muqueuse de la paroi postérieure du vagin. Vulve étroite, tonique, mais commissure un peu déchirée.

Très bon résultat anatomique ; résultat esthétique moins satisfaisant.

OBSERVATION XI

26 août 1928. — Registre de la Maternité n° 704.

Primipare, 25 ans, domestique.

Accouchement spontané prématuré à 8 mois 1/2 d'un enfant de 2 kil. 170.

Déchirure de la commissure.

Périnéorraphie primitive. — Un crin double profond. Point enlevé le neuvième jour. Pertes purulentes. Déhiscence de la peau. Périnée suffisamment épais.

OBSERVATION XII

26 août 1928. — Registre de la Maternité n° 711.

II-pare, 25 ans, ménagère.

Bassin légèrement rétréci.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 3 kil. 060.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Deux crins doubles profonds enlevés le huitième jour. Seul le point inférieur a tenu. Le point supérieur infecté dans son trajet a lâché. Coin périnéal toutefois suffisamment étoffé, mais vulve entr'ouverte.

OBSERVATION XIII

31 août 1928. — Registre de la Maternité n° 722.

II-pare, 28 ans, sans profession.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 3 kil. 360.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Un crin double profond enlevé le neuvième jour. Le point a tenu.

OBSERVATION XIV

1^{er} septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 720.

II-pare, 34 ans, domestique.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 3 kil. 700.

Déchirure incomplète,

Périnéorraphie primitive. — Un crin double profond enlevé le neuvième jour. Le point a tenu.

OBSERVATION XV

2 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 723.

Primipare, 20 ans, cultivatrice.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant pesant 3 kil. 030.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Deux crins doubles profonds, un crin simple superficiel. Points enlevés le neuvième jour. Lochies purulentes. Suites subfébriles. Les points sont infectés, mais la suture a tenu.

OBSERVATION XVI

4 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 730.

Primipare, 19 ans, soudeuse.

Accouchement spontané à terme d'un enfant de 3 kil. 330.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Un crin double profond et un crin superficiel. Points enlevés le neuvième jour. Lochies purulentes. Les points sont infectés, mais la suture a tenu.

OBSERVATION XVII

5 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 731.

Primipare, 23 ans, lisseuse.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 3 kil. 220.

Déchirure amorcée, épisiotomie.

Périnéorrhaphie primitive. — Trois crins doubles profonds enlevés le dixième jour. Les points ont coupé; les lèvres cutanées ne se sont pas cicatrisées, mais bonne suture profonde; coin périnéal satisfaisant.

OBSERVATION XVIII

7 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 732.

Primipare, 28 ans, couturière.

Mort de l'enfant au début du travail. Circulaire double. Application de forceps en D. T. dans l'excavation. Extraction d'un enfant de 3 kil. 230.

Déchirure de la commissure.

Périnéorrhaphie primitive. — Un crin double profond enlevé le neuvième jour. Suture ayant tenu, mais vulve béante.

OBSERVATION XIX

8 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 735.

Primipare, 20 ans, culottière.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 2 kil. 980.

Déchirure périnéale amorcée, épisiotomie.

Périnéorrhaphie primitive. — Un crin double profond enlevé le huitième jour. La suture a tenu. Très bon résultat esthétique.

OBSERVATION XX

13 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 746.

IV-pare.

Présentation du siège décomplété mode des fesses. Accouchement à terme d'un enfant de 3 kil. 400.

Déchirure de la commissure.

Périnéorrhaphie primitive. — Un crin double enlevé le huitième jour. Suture ayant bien tenu.

OBSERVATION XXI

19 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 761.

Primipare, 17 ans, ménagère.

Accouchement spontané, prématuré à 8 mois $1/2$, en O. P. d'un enfant de 3 kil. 320.

Déchirure incomplète du périnée.

Périnéorrhaphie primitive. — Deux crins doubles profonds enlevés le neuvième jour. Très bonne suture.

OBSERVATION XXII

20 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 762.

Primipare, 21 ans, mécanicienne.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 3 kil. 300, épisiotomie.

Périnéorrhaphie primitive. — Un crin double enlevé le huitième jour. Bonne suture.

OBSERVATION XXIII

21 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 770.

II-pare.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 2 kil. 900.

Déchirure incomplète.

Périnéorrhaphie primitive. — Deux crins doubles profonds enlevés le neuvième jour. Bonne suture.

OBSERVATION XXIV

21 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 767.

Primipare, 20 ans, domestique.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 3 kil. 720.

Déchirure de la fourchette.

Périnéorrhaphie primitive. — Un crin double profond enlevé le huitième jour. Bonne suture.

OBSERVATION XXV

26 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 776.

Primipare, 20 ans, vendeuse.

Accouchement spontané prématuré à 8 mois $1/2$ d'un enfant de 3 kil. 670.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Un crin profond et un superficiel.
Points enlevés le neuvième jour. Très bonne suture.

OBSERVATION XXVI

29 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 782.

Primipare, 37 ans, journalière.

Accouchement à terme. Application de forceps en D. T. dans l'excavation. Extraction d'un enfant de 3 kil. 700.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Trois points profonds aux crins de Florence, crins doubles. Points enlevés le dixième jour. Résultat satisfaisant. Bonne suture.

OBSERVATION XXVII

30 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 787.

Primipare, 22 ans, cultivatrice.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 3 kil. 470.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Un crin profond enlevé le huitième jour. Bonne suture.

OBSERVATION XXVIII

1^{er} octobre 1928. — Registre de la Maternité n° 788.

Primipare, 24 ans, domestique.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 3 kil. 800.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Trois points profonds enlevés le neuvième jour. Le point supérieur a lâché. Vulve un peu entr'ouverte.

OBSERVATION XXIX

9 octobre 1928. — Registre de la Maternité n° 821.

Primipare, 21 ans, ménagère.

Bassin canaliculé, promontoire accessible à 10 cent. 1/2.

Application de forceps en G. T. dans l'excavation pour lenteur du travail. Extraction d'un enfant de 3 kil. 850.

Déchirure incomplète du périnée.

Périnéorrhaphie primitive. — Deux crins profonds enlevés le huitième jour. Bonne suture, coin périnéal satisfaisant.

Périnéorrhaphies primitives aux catguts et aux agrafes de Michel.

OBSERVATION XXX

17 août 1928. — Registre de la Maternité n° 678.

Primipare, 22 ans. journalière.

Bassin normal.

Accouchement spontané à terme en occipito-pubienne d'un garçon de 3 kil. 850.

Déchirure centrale amorcée, épisiotomie.

Périnéorrhaphie primitive. — Deux points profonds au catgut n° 1. Un surjet superficiel sous-dermique au catgut n° 1. Cinq agrafes de Michel enlevées le septième jour.

Résultat esthétique parfait. Toutefois, la partie du périnée immédiatement au-dessous de la vulve n'est constituée que par l'adossement de la muqueuse et de la peau; le reste est très épais. Ultérieurement, la partie supérieure de la suture se désunit. La vulve est un peu béante.

OBSERVATION XXXI

23 août 1928. — Registre de la Maternité n° 694.

Primipare, 26 ans, domestique.

Présente une luxation congénitale double et de la vaginite.

Bassin canaliculé, promontoire accessible à 10 centimètres.

Accouchement spontané à terme en occipito-pubienne d'un enfant de 3 kil. 240.

Déchirure incomplète.

Périnéorrhaphie primitive. — Un surjet superficiel au catgut n° 0. On réunit les lèvres cutanées de la plaie à l'aide de trois agrafes de Michel. Les agrafes n'ont pas tenu : on les enlève le cinquième jour. Déhiscence de la peau. Le périnée semble toutefois être assez épais.

OBSERVATION XXXII

24 août 1928. — Registre de la Maternité n° 698.

Primipare, 19 ans, femme de chambre.

Bassin normal.

Accouchement spontané à terme en occipito-pubienne d'un garçon de 3 kil. 130.

Déchirure incomplète du périnée.

Périnéorrhaphie primitive. — On suture la profondeur par des points séparés au catgut n° 1, on fait par-dessus un surjet superficiel au catgut n° 1 et on termine l'affrontement de la peau par quatre agrafes de Michel que l'on enlève le cinquième jour après l'accouchement.

Malgré les suites fébriles, la température atteignant 40 degrés, la suture a parfaitement tenu en surface. Le périnée est épais et résistant, mais la vulve est un peu élargie.

OBSERVATION XXXIII

26 août 1928. — Registre de la Maternité n° 707.

Primipare, 19 ans 1/2, ouvrière.

Bassin normal.

Accouchement spontané à terme en occipito-pubienne d'un garçon de 3 kil. 070.

Déchirure périnéale incomplète.

Périnéorrhaphie primitive. — On fait deux points profonds au catgut qui rapprochent les muscles, puis par-dessus un surjet superficiel au catgut n° 0, et on affronte les lèvres cutanées à l'aide de deux agrafes. Mais il reste un hiatus entre la muqueuse vaginale et la peau du périnée; le point commissural fait défaut. On embrasse toute cette région par un crin double profond qui complète la fermeture. Tout a tenu, sauf les agrafes. Périnée épais.

OBSERVATION XXXIV

31 août 1928. — Registre de la Maternité n° 718.

Primipare, 28 ans, journalière.

Bassin normal.

Application de forceps dans l'excavation en gauche transverse pour souffrance fœtale.

Extraction d'un enfant de 3 kil. 200.

Déchirure périnéale amorcée, épisiotomie.

Périnéorraphie primitive. — Quatre points profonds au catgut n° 2. Un surjet superficiel au catgut n° 0. Affrontement de la peau à l'aide de quatre agrafes de Michel que l'on enlève le cinquième jour.

Résultat esthétique parfait. Bon coin périnéal. Vulve un peu entr'ouverte.

OBSERVATION XXXV

9 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 736.

II-pare, 26 ans, ménagère.

Application de forceps sous anesthésie rachidienne. Extraction d'un enfant de 4 kil. 770.

Épisiotomie. Déchirure : Éclatement de la paroi vaginale postérieure.

Périnéorraphie primitive. — Surjet au catgut n° 2 sur le vagin, quatre points profonds séparés au catgut n° 2 sur le périnée. Surjet superficiel au catgut n° 0. Agrafes multiples sur la peau du périnée et la grande lèvre. On enlève les agrafes le cinquième jour. Rien n'a tenu. Plaie béante. A réparer secondairement.

Périnéorraphie immédiate secondaire. — Douze jours après l'accouchement. Un examen microscopique du pus montre quelques staphylocoques. Anesthésie au chloroforme.

On avive les lèvres de la plaie. On racle à la curette les bourgeons charnus. On suture les plans profonds au catgut et le plan superficiel aux crins. On enlève les crins le huitième jour. Bon résultat malgré l'abondance des pertes purulentes de la malade.

OBSERVATION XXXVI

11 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 740.

Primipare, 22 ans, domestique.

Accouchement spontané à terme d'un enfant de 3 kil. 960.

Périnéorraphie primitive. — Suture profonde au catgut n° 2 : Trois points séparés. Un surjet superficiel au catgut n° 0.

Affrontement cutané à l'aide de trois agrafes de Michel que l'on enlève le cinquième jour. Seule l'agrafe du milieu a tenu, déterminant un pont cutané qui a lâché peu de temps après l'ablation de cette agrafe. Le reste de la plaie n'a pas l'air de se cicatriser d'une manière satisfaisante. Trois jours après, le reste de la suture lâche.

Périnéorraphie immédiate secondaire. — Quatorze jours après l'accouchement, anesthésie épidurale parfaite. Avivement à la curette des bourgeons charnus. Suture aux crins : Deux crins doubles profonds. Deux agrafes superficielles. On enlève les agrafes le cinquième jour et les points le huitième jour. Bon résultat.

OBSERVATION XXXVII

15 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 750.

Primipare, 28 ans, sans profession.

Bassin normal.

Accouchement spontané à terme d'un enfant pesant 3 kil. 230; dégagement en occipito-pubienne.

Déchirure périnéale amorcée; épisiotomie.

Périnéorraphie primitive. — Suture profonde au catgut n° 2 : Deux points séparés. Surjet superficiel au catgut n° 0. Affrontement cutané à l'aide de quatre agrafes de Michel que l'on enlève le cinquième jour.

L'affrontement des deux lèvres de la plaie n'est pas parfait; toutefois, le périnée paraît suffisamment épais. Vulve un peu entr'ouverte. Secondairement, le point supérieur a lâché.

OBSERVATION XXXVIII

15 septembre 1928. — Registre de la Maternité n° 752.

Primipare, 26 ans, journalière.

Bassin normal.

Application de forceps en gauche transverse dans l'excavation pour souffrance fœtale. Extraction d'un enfant de 3 kil. 500.

Déchirure incomplète du périnée.

Périnéorraphie primitive. — Deux points profonds au catgut n° 2. Un surjet superficiel au catgut n° 0 et trois agrafes de Michel enlevées le cinquième jour.

Affrontement parfait des lèvres de la plaie. Bon coin périnéal. Résultat esthétique parfait.

OBSERVATION XXXIX

2 octobre 1928. — Registre de la Maternité n° 794.

Primipare, 32 ans, femme de chambre.

Sous anesthésie rachidienne, dilatation manuelle du col à partir de 1 franc.

Application de forceps au détroit supérieur. Extraction d'un enfant de 3 kil. 820.

Épisiotomie.

Périnéorraphie primitive. — Suture profonde au catgut n° 1, deux points séparés, surjet superficiel au catgut n° 1. Affrontement cutané à l'aide de trois agrafes de Michel que l'on enlève le cinquième jour. Bonne suture; coin périnéal bien étoffé.

OBSERVATION XL

5 octobre 1928. — Registre de la Maternité n° 797.

Primipare, 22 ans, domestique.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant de 3 kil. 480.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Suture profonde au catgut n° 2, deux points profonds, surjet superficiel au catgut n° 1.

Affrontement cutané à l'aide de quatre agrafes de Michel que l'on enlève le cinquième jour.

Très bonne suture. Résultat esthétique parfait.

OBSERVATION XLI

7 octobre 1928. — Registre de la Maternité n° 812.

III-pare, 35 ans, cultivatrice.

Version par manœuvres internes. Application de forceps sur la tête dernière. Extraction d'un enfant de 4 kil. 400.

Éclatement vagino-périnéal.

Périnéorraphie primitive. — Surjet en catgut n° 2 sur le vagin. Trois points profonds séparés au catgut n° 2 sur le périnée. Surjet superficiel au catgut n° 0. Trois agrafes de Michel sur le périnée. Rien n'a tenu. Pertes purulentes très abondantes. Transée à Canolle, isolement des maternités.

OBSERVATION XLII

8 octobre 1928. — Registre de la Maternité n° 818.

II-pare, 31 ans, couturière.

Trois tentatives de forceps à la campagne.

Forceps en D. T. à la Maternité, à la partie inférieure de l'excavation. Extraction d'un enfant de 3 kil. 600.

Lésions antérieures à son entrée dans le service : plaies du vagin.

Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Suture profonde au catgut n° 2 : deux points profonds. Surjet vaginal au catgut n° 1. Trois agrafes de Michel que l'on enlève le cinquième jour. Bonne suture.

OBSERVATION XLIII

9 octobre 1928. — Registre de la Maternité n° 819.

Primipare, 20 ans, domestique.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant pesant 3 kil. 950.

Déchirure périnéale incomplète.

Périnéorrhaphie primitive. — Suture profonde au catgut n° 1 : trois points séparés. Surjet superficiel au catgut n° 1. Affrontement cutané à l'aide de quatre agrafes de Michel que l'on enlève le cinquième jour. Très bonne suture. Bon coin périnéal. Résultat esthétique parfait.

OBSERVATION XLIV

9 octobre 1928. — Registre de la Maternité n° 814.

Primipare, 28 ans, ménagère.

Accouchement spontané à terme en O. P. d'un enfant pesant 3 kil. 800.

Déchirure périnéale incomplète.

Périnéorrhaphie primitive. — Suture profonde au catgut n° 1 : deux points séparés. Surjet superficiel au catgut n° 1. Trois agrafes de Michel que l'on enlève le cinquième jour. L'agrafe supérieure n'a pas tenu, cependant le coin périnéal paraît suffisamment épais. Vulve légèrement entr'ouverte.

Périnéorrhaphies immédiates secondaires.

OBSERVATION XLV

Voir : *Périnéorrhaphies aux catguts*, observation XXXV.

OBSERVATION XLVI

Voir : *Périnéorrhaphies aux catguts*, observation XXXVI.

OBSERVATION XLVII

Due à l'obligeance de M. le docteur BALARD.

Primipare, 29 ans.

Forceps pour procidence du cordon. Épisiotomie.

Déchirure incomplète.

Périnéorrhaphie primitive. — Sans que la température dépasse 37°5, légère infection vaginale. Le huitième jour, ablation des points qui ont coupé, aucune restauration périnéale.

Périnéorraphie immédiate secondaire. — Le quatorzième jour; à la cocaïne, enlèvement des bourgeons à la curette, avivement de la plaie. Quelques points profonds au catgut; suture extérieure aux crins. Malade revue un an après, succès complet.

OBSERVATION XLVIII

Due à l'obligeance de M. le docteur BALARD.

M^{me} X..., 24 ans.

Forceps pour dystocie du col après dilatation bimanuelle.

Extraction horriblement pénible d'un enfant de 5 kil. 200.

Déchirure incomplète remontant haut le long du vagin.

Périnéorraphie primitive. — Suture au catgut de la déchirure vaginale qui s'est produite des deux côtés, isolant la paroi postérieure du vagin, et qui s'étant rétractée, forme un éperon en V au-dessus de la déchirure périnéale. Points profonds au catgut pour relier cet éperon vaginal à la déchirure principale. Suture superficielle aux crins de Florence. Injections biquotidiennes à la liqueur de Labarraque. Malgré ces précautions, infection vaginale qui oblige à faire sauter les points. Température max, 38°5.

Périnéorraphie immédiate secondaire. — Le dix-septième jour à la cocaïne. Examen microscopique des lochies; cocci relativement peu nombreux, en amas; pas de streptocoque, quelques bâtonnets. Suture: technique habituelle; suture profonde au catgut, suture superficielle aux crins. Les points coupent.

Vulve béante, pas d'éperon périnéal. Insuccès.

OBSERVATION XLIX

Due à l'obligeance de M. le docteur BALARD.

Primipare, 44 ans.

Forceps. Extraction d'un enfant de 4 kil. 900.

Épisiotomie médio-latérale, déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Fils d'argent. La température ne dépasse pas 37°8; malgré cela, rien n'a tenu.

Périnéorraphie immédiate secondaire. — Quinze jours après. Technique habituelle, insuccès.

OBSERVATION L

Due à l'obligeance de M. le docteur BALARD.

X..., Clinique d'accouchements.

Forceps dans l'excavation pour défaut de rotation. Extraction d'un enfant vivant de 3 kil. 500; déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Points profonds, trois points superficiels. Pas d'infection, mais les points n'ont pas tenu.

Périnéorraphie immédiate secondaire. — Le dixième jour à la cocaïne. Points profonds et superficiels. Technique habituelle. Guérison complète au moment de la sortie. Succès.

OBSERVATION LI

Due à l'obligeance de M. le docteur BALARD.

X..., Clinique d'accouchements.

Forceps dans l'excavation pour défaut de rotation et travail prolongé. Application en G. A. Extraction d'un enfant de 3 kil. 600.

Épisiotomie.

Périnéorraphie primitive. — Trois points de suture qui ne tiennent pas.

Périnéorraphie secondaire. — Le dix-septième jour. Technique habituelle. Succès.

OBSERVATION LII

Due à l'obligeance de M. le docteur BALARD.

Primipare, 28 ans.

Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale; parties molles très résistantes. Déchirure incomplète.

Périnéorraphie primitive. — Trois points au catgut, trois points aux crins, trois agrafes de Michel. Température, 37° à 38 degrés. Résultat insuffisant.

Périnéorraphie immédiate secondaire. — Le onzième jour. Technique habituelle. Résultat satisfaisant. Tous les points profonds ont tenu, un point superficiel a cédé. Succès.

OBSERVATION LIII

Due à l'obligeance de M. le docteur BALARD.

Accouchement prématuré provoqué pour rétrécissement pelvien (bassin justo minor) à type infantile. Parties molles très peu étouffées. Forceps pour inertie relative. Pour élargir l'orifice vulvaire particulièrement étroit, et surtout pour libérer le coccyx et agrandir le détroit inférieur particulièrement rétréci, large épisiotomie d'emblée avant que la tête appuie sur le plancher. Enfant vivant, 2 kil. 800.

Périnéorraphie primitive. — L'épisiotomie avait été très latéralisée et se prolongeait en dehors du périnée jusque vers la fesse. Aussi, il s'est fait des tractions sur la suture qui ont fait couper tous les points. Aucune trace d'infection.

Périnéorraphie immédiate secondaire. — Le quinzième jour. Technique habituelle. Insuccès.

CONCLUSIONS

1° Les déchirures du périnée sont fréquemment observées au cours des accouchements; d'après nos recherches personnelles, on les rencontre dans :

31,62 p. 100 des cas lorsqu'il s'agit d'accouchement normal chez une primipare;

8,99 p. 100 des cas lorsqu'il s'agit d'accouchement normal chez une multipare;

60,67 p. 100 des cas lorsqu'il s'agit d'accouchement dystocique chez une primipare;

23,37 p. 100 des cas lorsqu'il s'agit d'accouchement dystocique chez une multipare.

2° Les déchirures se produisant au moment de l'expulsion de la tête fœtale ou du passage des épaules du fœtus à travers un orifice vulvaire qui ne se distend pas suffisamment, nous avons l'obligation de prendre toutes les mesures prophylactiques nécessaires pour ménager le périnée au moment de l'accouchement et parer à une déchirure imminente par une épisiotomie.

3° Les conséquences immédiates de ces déchirures (hémorragie, infection et dans les cas graves fistules recto-vaginales) ou tardives (prolapsus utérin et endométrite) nous font un devoir de procéder à la restauration immédiate de ces lésions.

4° La périnéorrhaphie immédiate est aujourd'hui unanimement admise.

5° Nous continuerons à donner la préférence à la suture classique aux crins de Florence sans emploi de matériel de suture résorbable.

6° La technique préconisée récemment par M. Müller (points profonds au catgut et agrafes) donne, quand elle réussit, un résultat esthétique plus brillant, mais étant plus compliquée que la précédente, elle ne rentre pas aussi bien dans le cadre de la médecine journalière et paraît plus fréquemment suivie d'échecs. Nous lui préférons donc la technique classique aux crins par suite de sa sécurité plus complète et de la plus grande solidité de sa suture.

7° Lorsque la suture primitive a échoué, on doit, dans l'intérêt de la malade et afin de lui éviter les ennuis d'une périnéorraphie secondaire tardive, véritable opération chirurgicale, faire une périnéorraphie immédiate secondaire dans la quinzaine qui suit l'accouchement, à condition cependant que la femme ne présente plus de phénomènes infectieux et qu'elle n'ait plus de fièvre depuis au moins trois jours.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

H. VERGER.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ANDÉRODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 27 novembre 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIX. — De la périnéorrhaphie immédiate. Thèse de Paris, 1885.
- BALARD. — La périnéorrhaphie immédiate secondaire (De la place qu'il convient de lui attribuer dans le traitement des déchirures du périnée). *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 16 octobre 1921.
- La périnéorrhaphie immédiate secondaire. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, XVII^e année, 1922, p. 12.
- Des droits et des devoirs de la sage-femme en matière de restauration immédiate des déchirures du périnée. *La Puériculture*, octobre 1923, p. 28.
- BAR et BRINDEAU. — Déchirure du périnée et périnéorrhaphie. *La pratique de l'art des accouchements*, 1914.
- BARBIER. — De la périnéorrhaphie pratiquée immédiatement après la délivrance dans tous les cas de déchirures vagino-périnéales. Thèse de Paris, 1892.
- BARRETTE. — Cas de périnéorrhaphie immédiate. *Bull. de la Soc. méd. pratique de Paris*, 1884, 1885, 1886, p. 250.
- BÉGOUIN. — Précis de pathologie chirurgicale. Gynécologie.
- BOISSARD. — De l'emploi des serres-fines pour réparer les déchirures du périnée après l'accouchement. *Comptes rendus au Congrès international de médecine de Paris*, 1900, Section d'obstétrique, p. 271.
- BONNAIRE. — Du périnée obstétrical. Ampliation physiologique et effraction. Thèse de Paris, 1894.
- CAPDEVIELLE. — Ruptures complètes du périnée. A quel moment les opérer? Avantages de la périnéorrhaphie immédiate secondaire. Thèse de Paris, 1900-1901.

- CHASSAIGNE. — Contribution à l'étude des ruptures complètes du périnée et de leur traitement. Thèse de Bordeaux, 1924.
- DEMELIN. — Les déchirures obstétricales du périnée et leur traitement. *Revue pratique d'obstétrique et de gynécologie*, Paris, 1906, p. 133.
- DIEULAFÉ. — Du choix opératoire dans les grands délabrements obstétricaux du périnée. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris*, 1927, p. 556.
- FIRPO. — De la restauration immédiate du périnée. Thèse de Bordeaux, 1882.
- FLOERSHEIM. — Quand et comment faut-il pratiquer la périnéorrhaphie après l'accouchement? *Gazette de gynécologie*, Paris 1898, p. 34.
- FORGUE et MASSABEAU. — Collection Le Dentu et Delbet. Traité de chirurgie. Gynécologie.
- GABRIAUT. — Des déchirures complètes du périnée. Thèse de Bordeaux, 1907-1908.
- GALLOIS. — De la périnéorrhaphie immédiate par la méthode des sutures interstitielles. Thèse de Lyon, 1895.
- HALL. — Périnéorrhaphie sous-muqueuse pour déchirures complètes et incomplètes. *Surg. Gynecologie and Obstetrics*, t. VIII, n° 2, février 1909.
- HARTMANN. — La périnéorrhaphie dans les déchirures complètes. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1909.
- KOUWER. — Les primipares âgées. *Archives mensuelles de gynécologie et d'obstétrique*, 1917.
- LATOUCHE. — Étude critique sur les déchirures du périnée et leur traitement (suture immédiate). Thèse de Paris, 1886.
- LE CHUITON. — Contribution à l'histoire obstétricale des primipares âgées. Thèse de Bordeaux, 1918-1919.
- LEMOINE. — Ruptures du périnée consécutives à l'accouchement, leur traitement immédiat et secondaire. Thèse de Paris, 1904-1905.
- LEPAGE. — Note sur l'analgésie locale pour la suture du périnée après l'accouchement. *Comptes rendus de la Soc. obst. de gyn. et de pédiatrie de Paris*, 10 octobre 1910.

- LEYNEN. — Considérations sur la réfection immédiate du périnée déchiré par l'accouchement. *Revue française de gynécologie et d'obst.*, Paris, n° 8, août 1922.
- MEYER. — Les primipares âgées. *Archives mensuelles de gynécologie et d'obstétrique*, 1916.
- MÜLLER. — Périnéorraphie immédiate primitive et secondaire. *Gynécologie et obstétrique*, 1928, n° 6, p. 544.
- PLANCHU. — La périnéorraphie secondaire précoce. *Revue mensuelle de gynécologie et d'obstétrique*, décembre 1911.
- REULOS. — Considérations sur le traitement d'urgence des déchirures du périnée. Thèse de Paris, 1903.
- RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — Traité d'obstétrique.
- RUDOUX. — Des déchirures du périnée au cours de l'accouchement. *Gazette des hôpitaux*, 27 novembre 1909.
- SEILEN. — De l'utilité de la suture immédiate dans le traitement des déchirures incomplètes du périnée. Thèse de Nancy, 1882.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique.
- VARNIER. — Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical. Thèse de Paris, 1887-1888.
- WALLICH. — Du traitement immédiat des déchirures du périnée après l'accouchement. *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, Paris, 1893, p. 56.

